

UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1965

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Madame Jean-Pierre DEBOST, née Claude TOURNIE
née le 1er août 1939 à Meknes (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 1965

TROUBLES DE LA LIBIDO
AU COURS DES
TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

Président : Monsieur POROT Professeur

Membres du jury : Monsieur POMME, Ancien Professeur
Monsieur BERNARD-CRIFITHS,
Professeur
Monsieur JALLUT, Professeur agrégé

UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1965

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Madame Jean-Pierre DEBOST, née Claude TOURNIE
née le 1er août 1939 à Meknes (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 1965

TROUBLES DE LA LIBIDO
AU COURS DES
TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

Président : Monsieur POROT Professeur

Membres du jury : Monsieur POMME, Ancien Professeur
Monsieur BERNARD-GRIFFITHS,
Professeur
Monsieur JALLUT, Professeur agrégé



Doyen : R. CUVELIER - Directeur honoraire: M. MERLE
Assesseur: M. COULET - Professeurs honoraires:
Mme BLANQUET, MM. BURBAU,
FOURNIER et GAUTHIER.

I - Professeurs titulaires

MM. BARRIER	- Clinique chirurgicale A
BAUDON	- Clinique obstétricale
BERGERON	- Pathologie médicale
BERNARD-GRIFFITHS	- Clinique médicale A
COULET	- Botanique et Microbiologie
CUVELIER	- Hydrologie et climatologie
DASTUGUE	- Chimie biologique et pharmacodynamie
DAUPHIN	- Chimie pharmaceutique et toxicologie
FEBVRE	- Pharmacie Galénique
GRAS	- Thérapeutique
JACQUEMET	- Technique chirurgicale
LATAIX	- Pathologie chirurgicale
MEYNIEL	- Biophysique médicale
MOLINA	- Clinique pneumo-phthisiologique
PETIT	- Médecine légale et médecine sociale
POURRAT	- Matière médicale
ROUHER	- Clinique ophtalmologique
TERRASSÉ	- Clinique médicale B
THIEBLOT	- Physiologie
TRONCHE	- Pharmacie chimique
TURCHINI	- Histologie et embryologie
VAURS	- Bactériologie et hygiène
WILLEMIN-CLOG	- Clinique médicale infantile
VIALLET	- Professeur à titre personnel

II - Professeurs sans chaire

MM. BASTIDE	- Sciences naturelles
DUCHENE-MARULLAZ	- Physiologie
GERMAIN	- Clinique chirurgicale B
POROT	- Neurologie et psychiatrie

III - Maîtres de Conférences agrégés

MM. ALFIERI	- Physique médicale
BERGER	- Chimie analytique
BOSSY	- Anatomie
Mlle CHATONIER	- Chimie minérale et minéralogie
MM. CLUZEL	- Bactériologie
	- Biochimie médicale
DELAGE	- Anatomie pathologique
Mmes GAILLARD	- Physique pharmaceutique
MOINADE	- Médecine générale et thérapeutique
MM. PIONIDE	- Médecine générale
VENRIES de	
LAGUILLAUMIE	- Anatomie pathologique

IV - Agrégés

MM. CHAMPEIX	- Médecine légale et médecine du travail
FOURRIER	- Orthopédie
HOUDARD	- Chirurgie générale
JALLUT	- Médecine générale
JANNY	- Neuro-chirurgie
MENUT	- Pédiatrie et puériculture
MERCIER	- Chirurgie générale
Mlle RAMPON	- Médecine générale
MM. RENARD	- Pneumo-phtisiologie
TOURNILHAC	- Neurologie et psychiatrie

Secrétaire principal : M. BERTHON
Bibliothécaire universitaire: M. ARCHIMBAUD

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner, ni approbation ni improbation. (Délibération en date du 6 juin 1956).

A MON MARI

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

A, NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur POROT

Professeur de Neuro-Psychiatrie,
Médecin des hôpitaux
Chevalier des Palmes Académiques,

Nous le remercions vivement
pour l'honneur qu'il nous
fait en présidant notre jury.
Nous avons eu souvent l'occa-
sion, au cours de notre ex-
ternat, d'apprécier son en-
seignement et son amabilité.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548623_0072

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur POMME

Ancien professeur de clinique neurologique et psychiatrique, Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Commandeur de la Légion d'Honneur,
Médaille Militaire, Croix de guerre,
Officier des Palmes Académiques.
Officier de la Santé Publique

Il a été pour nous un guide bienveillant
au cours de nos années d'externat et nous
lui sommes très reconnaissante du concours
qu'il nous a apporté pour l'élaboration de
cette thèse. Nous sommes sensible à l'hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant de
faire partie de notre jury.

Monsieur le Professeur BERNARD-GRIFFITHS

Professeur de clinique-médecine
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier des Palmes Académiques,

Pendant le séjour que nous avons fait
dans son service, nous avons pu apprécier
les profondes connaissances qu'il met à
notre disposition. Nous le remercions
d'avoir bien voulu faire partie de notre
jury.

signé
Monsieur le Professeur JALLUT

Agrégé de Médecine Générale, c
Médecin - Assistant des Hôpitaux,

Nous avons eu souvent l'occasion d'appré-
cier la cordialité de son accueil et la
valeur de son enseignement. Nous lui
sommes reconnaissante d'avoir bien voulu
faire partie de notre jury.

A Monsieur le Docteur GIRARD
chef de clinique Neuro-psychiatrique à la Faculté de
Médecine,

Nous le remercions bien vivement pour
l'aide précieuse qu'il nous a apportée
tout au long de l'élaboration de cette
thèse qui lui doit beaucoup.

INTRODUCTION

Les troubles sexuels survenant au cours des maladies mentales sont bien connus; assez rarement à type d'hypergénésie du maniaque. Plus fréquemment ces troubles portant sur la libido ou sur les différents éléments de l'acte sexuel sont à type d'inhibitions sexuelles. Parmi celles-ci, les plus connues sont représentées par les inhibitions névropathiques.

Par contre, la connaissance des troubles sexuels survenant au cours des traitements psychiatriques et directement liés à l'absorption médicamenteuse est assez récente. Ce sont des auteurs Américains qui en 1961 décrivirent un effet secondaire nouveau au cours de traitements par un neuroleptique phénothiazinique : le Melleril; à savoir une inhibition de l'éjaculation, sans autre atteinte des différents temps de l'acte sexuel. Certains parmi ces auteurs en étaient arrivés à conclure à un effet spécifique de ce médicament.

Un peu plus tard, POMME, GIRARD, PLANCHE publièrent à leur tour quelques observations de troubles sexuels allant du trouble de l'érection à la perte de la libido, survenant au cours de traitements sédatifs variés. Ces auteurs qui nous guident dans cette thèse, nous ont permis de publier ici d'autres observations complémentaires.

Ces troubles sexuels, loin d'être exceptionnels, sont relativement fréquents au cours des traitements neuroleptiques.

Ces troubles peuvent affecter divers degrés de gravité allant de troubles de l'éjaculation à des troubles de l'érection et enfin atteignant la libido.

Nous nous proposons d'étudier, tout d'abord et schématiquement, la physiologie normale de l'acte sexuel, sans oublier les composantes psychiques puis d'exposer les divers troubles de la sexualité observés et leurs caractères particuliers en nous reportant aux observations publiées.

CHAPITRE I

RAPPEL DE LA PHYSIOLOGIE NORMALE (1)

L'impulsion sexuelle, encore appelée désir ou appétit sexuel ou libido, est le besoin de sensations voluptueuses, lié à l'activité de l'appareil génital masculin ou féminin.

L'instinct génésique se manifeste dès l'enfance, comme l'a montré FREUD. Il affecte d'abord une forme auto-érotique, puis homosexuelle, enfin hétéro sexuelle. C'est à cette "phase adulte", la seule véritablement sexuelle, que joue la sélection sexuelle basée sur de nombreux facteurs, entre autres visuels, olfactifs, auditifs, psychologiques.

Il existe de nettes différences entre l'impulsion sexuelle chez l'homme et chez la femme. Sans négliger l'élan instinctuel, l'influence affective joue dans la libido féminine un rôle prépondérant. On a pu dire que "la femme aimait avec son cerveau et l'homme avec sa moelle."

L'instinct sexuel conduit à la réalisation de l'acte sexuel. Les rapports sexuels, pour être euparéuniques, nécessitent une intégrité anatomique, une adaptation physiologique des organes génitaux avec une impulsion psychique et une acceptation psychologique satisfaisante.

Au cours de l'acte sexuel eupareunique, les sensations voluptueuses se déroulent dans les deux sexes selon un processus à peu près analogue. On peut décrire dans la physiologie du rapport sexuel deux phases :

- une phase préparatoire ou prélude
- une phase d'accouplement.

1 - La phase préparatoire.

De durée très variable selon les cas, elle se manifeste par différents signes : éréthisme cardio vasculaire, un certain degré de tension nerveuse, une hypersécrétion glandulaire, en particulier des glandes de Bartholin, qui humidifie et lubrifie la vulve. Cette phase est marquée par une impulsion vers l'étreinte, contractation, suivie d'une impulsion vers la possession, active chez l'homme et passive chez la femme.

2 - Phase d'accouplement.

Elle comporte différents stades :

- érection - tumescence . L'intromission de l'organe mâle est permise par l'érection. Le phénomène essentiel de l'érection comme l'a montré JOLLI en 1958 est un énorme afflux de sang dû à une vasodilatation, sang qui s'accumule sous pression dans les formations érectiles de la verge : corps caverneux et corps spongieux.

L'érection est un phénomène réflexe.

Les différents troncs nerveux se rendant au pénis et qui sont constitués par les nerfs érecteurs (le sympathique lombaire, les nerfs honteux internes, des branches du nerf hypogastrique) renferment un mélange de fibres vaso dilatatrices et vaso constrictives dont les centres nerveux sont respectivement situés dans la moelle lombaire et la moelle sacrée avec une activité tonique permanente des centres vaso constrictifs ce qui explique la flaccidité à l'état normal.

A cette phase de pénétration de l'organe mâle correspond chez la femme une phase copulatoire de tumescence. La congestion des organes génitaux internes et externes s'accroît, les parois du vagin deviennent turgescents. A l'excitation du clitoris et au col utérin par le pénis répondent les contractions réflexes des muscles vulvo vaginaux : contractions cloniques, énergiques et rythmiques.

- orgasme - éjaculation . L'orgasme est le paroxysme voluptueux de durée très courte de l'ordre de 5 secondes. Il est marqué chez la femme par des contractions musculaires toniques des muscles vulvo vaginaux. Chez l'homme, on observe le phénomène réflexe de l'éjaculation. L'émission du sperme hors des voies génitales du mâle se produit en deux temps :

- 1er temps : l'émission des sécrétions génitales mâles constituée par les sécrétions testiculo épidiymaire, prostatique et des vésicules séminales. Il s'agit d'une émission réflexe dont les stimuli provoqués par les frottements du pénis contre les parois vaginales sont à l'origine d'afférences réflexes transmises par les nerfs honteux internes au niveau de la moelle lombaire.

- 2ème temps : l'éjaculation proprement dite; le liquide séminal s'accumule dans l'urèthre prostatique. Au moment de l'orgasme, les réflexes médullaires vont jouer à nouveau. Ce sont des réflexes moteurs amenant des contractions rythmiques et synchrones des muscles périnéaux en particulier ischio et bulbo caverneux qui élèvent la pression. Le sphincter urétral est alors "forcé". Le sperme est violemment projeté au dehors de façon rythmique. Ces réflexes moteurs empruntent le trajet des nerfs honteux à la moelle sacrée, aussi bien pour les voies centripètes que centrifuges.

3 - Phase de détumescence - postlude .

Elle se manifeste par une détente nerveuse euphorique. Les contractions musculaires se relâchent progressivement. Les phénomènes érectiles cessent. Les parois vaginales s'affaissent. L'acte génital entraîne avec la volupté une sensation d'apaisement mais aussi de fatigue. Cette fatigue amène une difficulté à renouveler l'acte pendant un temps très variable selon le sexe, l'âge, le tempérament.

Nous venons d'étudier l'acte sexuel sous son aspect de comportement élémentaire, ayant à la base des phénomènes réflexes médullaires essentiellement lombo sacrés. Ce comportement élémentaire est primordial et nécessite l'intégrité des différents éléments étudiés.

Cependant on ne peut pas considérer que l'acte sexuel est un acte purement "réflexe médullaire". Il est sous la dépendance de nombreux facteurs.

Dans la zone hypothalamique, parmi les centres de l'humeur instinctive, JOURN et JUNCHEMAN ont décrit un centre sexuel primordial qui est le siège de l'instinct sexuel et qui assure le fonctionnement instinctif de l'appareil génital. On peut alors comprendre les troubles sexuels existant dans les maladies mentales dysthymiques dont le siège se trouve dans cette même zone hypothalamique, telles la manie et la mélancolie par exemple.

Les centres hypothalamiques sont eux-mêmes sous la dépendance des centres psychiques volontaires. L'impulsion sexuelle est plus forte dans les races civilisées où existent de multiples excitations sensorielles.

L'un des mérites de FREUD consiste à avoir reconnu le rôle de la libido dans la genèse des troubles névrotiques. Les névroses sont conditionnées par le refoulement d'une partie de la vie instinctive, de l'instinct sexuel, pouvons-nous dire; elles ne s'acquièrent qu'au cours de la première enfance. FREUD écrit : "On a raison de dire que le complexe d'Oedipe est le complexe nucléaire des névroses, qu'il constitue la partie la plus essentielle au contenu de ces maladies. C'est en lui que la sexualité infantile, qui exercera ultérieurement une influence décisive sur la sexualité de l'adulte, atteint son point culminant. Tout être humain se voit imposer la tâche de maîtriser le complexe d'Oedipe; s'il faillit à cette tâche, il sera un névrosé".

REICH explicite la pensée de FREUD en écrivant : "L'hystérique a des désirs sexuels forts et insatisfaits qui sont bloqués depuis l'enfance par une peur spécifique. Toute satisfaction hétérosexuelle est interdite parce qu'elle est considérée comme incestueuse. L'hystérique a une peur intense de la sexualité et des pulsions sexuelles très fortes, bien que refoulées".

Les centres psychiques peuvent avoir un rôle actif: une impression psychique sans excitation des zones érogènes peut provoquer une érection. Ils peuvent avoir une action inhibitrice et l'on sait bien que la plupart des frigidités relèvent de causes mentales.

LES TROUBLES DE LA SEXUALITE OBSERVES

Si les troubles de la sexualité ont parfois été décrits comme effet secondaire au cours des traitements psychiatriques, par contre il n'existe qu'un petit nombre d'articles sur ce sujet.

Pour certains auteurs, au cours des traitements neuroleptiques en particulier, l'activité sexuelle serait réduite mais dans la mesure où l'est l'activité générale et ce symptôme ferait alors partie du syndrome d'inhibition au même titre que l'apathie ou l'aboulie.

Il semble bien cependant que dans quelques observations privilégiées, on ait pu assister à l'apparition de troubles sexuels, le plus souvent à type d'inhibition alors que l'on notait une amélioration de l'état psychique et général. S'il est impossible de chiffrer avec certitude la fréquence de ce trouble en raison de sa subjectivité et de la difficulté de ce genre de confiance, on peut penser cependant qu'il est relativement fréquent au cours des traitements psychiatriques, même ceux que l'on considère comme anodins.

Chez la femme .

Les troubles de la sexualité observés sont le plus souvent à type d'inhibition sexuelle quoique l'on ait rapporté quelques cas d'hypergénésie sous traitement neuroleptique. La frigidité est l'impossibilité pour la femme d'avoir un orgasme par coït vaginal. L'orgasme complet comporte des sensations voluptueuses vagino utérines et accessoirement clitoridiennes.

La frigidité peut affecter différents degrés selon qu'il s'agit de formes totales ou partielles.

Dans le cas de frigidité totale : la femme n'éprouve ni désir, ni plaisir sexuel. Il peut s'agir d'indifférentes qui subissent mais ne participent pas au coït, avec parfois une véritable anesthésie vaginale. Elles ne sentent pas alors la pénétration de l'organe viril dans l'orifice vaginal.

Plus rarement, il peut s'agir de coïtophobes qui éprouvent de la répugnance pour l'acte sexuel. L'aspect névropathique de ce deuxième cas est évident.

Dans le cas de frigidité partielle : les personnes sont accessibles au plaisir mais non au désir. Parmi elles, on peut classer les amoureuses frigides dont l'impulsion sexuelle peut être normale, mais la pénétration de l'organe viril fait tomber cette impulsion. Ou bien elles éprouvent quelques sensations lors du coït mais n'atteignent pas l'acmé. De toute façon, il n'y a chez elles ni orgasme, ni détente.

Quant aux inassouvies, elles n'arrivent pas à satisfaire leur désir.

Parallèlement à ces troubles de la libido il me semble bon de parler ici des troubles de la menstruation et de la sécrétion lactée, et qui sont actuellement bien connus au cours des traitements par les neuroleptiques.

Dans leur étude sur Chlorpromazine et résérpine en psychiatrie", DESHAIES, RICHARDEAU, DECHOSAL (3) signalent la fréquence de ces derniers troubles. Les seins augmentent de volume, rarement ils sont turgescents et douloureux. La recherche systématique de la galactorrhée avec expression du sein et du mamelon prouve sa constance. La chlorpromazine et davantage encore la résérpine déclenchent chez les femmes jusqu'à la ménopause, une sécrétion lactée bilatérale (souvent avec une prédominance unilatérale) dans 90 des cas. Cette proportion tombe à 15, après la ménopause ou castration jusqu'à la soixantaine. Au delà de cet âge, on n'a pas relevé de sécrétion.

Quant aux troubles menstruels, rares avec la chlorpromazine, ils sont plus fréquents avec la réserpine. Les règles deviennent irrégulières ou disparaissent même pendant deux ou trois mois.

Cela rappelle avec la galactorrhée le syndrome d'Argou et Del Castillo ou encore de Chiari Frommel. Il existe une notion de seuil du médicament, différent chez chaque malade, au-delà duquel la sécrétion lactée se déclenche. L'arrêt du traitement amène la disparition de la galactorrhée mais non immédiatement. Celle-ci persiste pendant plusieurs semaines après la suppression du médicament.

Ces troubles de la menstruation et de la sécrétion lactée témoignent d'une dysendocrinie d'origine certaine. MAYER, THEVENOT, DELUC (7) dans leur étude sur la perphénazine et les variations hormonales selon les doses administrées, nous proposent une théorie intéressante du mode d'action des neuroleptiques sur les fonctions génitales.

Chez les animaux traités, il y a une interruption du cycle oestrien. De faibles doses de perphénazine provoquent chez les rattees un état hormonal voisin de celui de la grossesse caractérisé par une synergie oestre-progestéronique. De fortes doses installent un état endocrinien qui se rapproche de celui de la lactation où seule la progestérone est présente. Un état hormonal de type gravidique résulterait d'une suspension partielle du contrôle hypothalamique sur la préhypophyse qui permettrait une sécrétion simultanée de LTH et de LH et telle que le réaliseraient de faibles doses de perphénazine. Une suspension totale du contrôle hypothalamique qui pourrait être réalisée par de fortes doses de perphénazine, n'autoriserait que la sécrétion de LTH (prolactine) et installerait un état voisin de celui de la lactation.

Chez l'homme.

Les troubles de la sexualité observés au cours des traitements psychiatriques sont à type d'inhibition sexuelle. Celle-ci peut se produire à chacun des différents moments de l'acte sexuel: érection, intromission, orgasme, éjaculation, frappant la fonction soit dans l'une des deux composantes, motricité et sensibilité, soit dans les deux à la fois. Il peut également se produire une régression au niveau du désir.

L'impuissance peut revêtir l'un ou l'autre des aspects suivants :

I - Défaut plus ou moins marqué de l'érection :

- soit qu'elle ne se produise pas ou reste insuffisante,
- soit que, après avoir atteint un degré normal, elle cesse brusquement au cours du coït, parfois immédiatement avant l'intromission, parfois peu après.

2 - Troubles de l'orgasme .

Celui-ci est alors inexistant ou faible, exempt de sensations voluptueuses ou seulement insuffisant. RICH en 1923 a décrit des troubles plus discrets mais tout aussi significatifs qui consistent pendant l'orgasme dans la conservation du contrôle volontaire de l'excitation, des mouvements et d'une conscience détachée.

3 - Troubles de l'éjaculation.

- quant à sa forme : de type urétral en ce qu'elle se produit en un seul jet continu et survient la verge étant flaccide.
- quant au moment de son apparition : précoce et ainsi écourtant le coït ou même prévenant le coït.
- soit retardée ou même totalement absente. Cette absence d'éjaculation a été décrite par plusieurs auteurs américains comme effet secondaire du Melle-ril. SINGH, FREYHAN, HELLER, DASOTROSKI en 1961 puis WITTON en 1962. Les troubles portent uniquement sur l'éjaculation, les autres moments de l'acte sexuel sont normaux.

4 - Substituts du désir érotique,
parfois remplacé par un dégoût pour les organes génitaux, d'autres fois par une envie d'uriner, de déféquer ou encore par une crise d'angoisse.

EXPERIMENTATION ANIMALE

De nombreux chercheurs ont étudié quelle était l'action des drogues psychotropes non seulement sur le comportement sexuel, mais également sur l'ovulation, la gestation, la croissance; c'est-à-dire sur toutes les fonctions génitales. Ces drogues en effet sont fréquemment administrées à des femmes enceintes ou susceptibles de l'être et à des nourrissons.

La plupart des études se font sur des rats en raison de la facilité de leur observation. Les expériences de SOULAIRAC en 1952 montrent que le comportement sexuel des rats mâles est sous la dépendance directe de l'excitabilité du système nerveux central.

De nombreux auteurs, parmi lesquels ZIMBARDO et BARRY (8), GILLET (5) ont étudié le comportement sexuel des rats mâles et leurs résultats sont venus corroborer ceux de SOULAIRAC :

- les psychotoniques, telle la caféine, diminuent le temps de latence à la première copulation et augmentent le taux de copulation.

- les neuroleptiques, par contre, telle la chlorpromazine, prolongent le temps de latence à la première copulation et amènent une réduction du nombre de copulations.

L'interférence des agents tranquillisants, particulièrement la chlorpromazine, avec les fonctions gonadiques a été rapportée par plusieurs chercheurs.

COURVOISIER et DUCROT (2) dans "Recherche des effets de la chlorpromazine sur la sphère génitale et la croissance" n'ont pu mettre en évidence aucune influence de cette drogue sur les fonctions génitales, aussi bien la maturation sexuelle, le cycle oestral, la spermatogénèse, la gestation, la lactation la croissance.

Par contre, KHAZAN - SULMANN (6), dans l'étude de la réserpine sur l'axe pituitaro gonadique décrivent les perturbations suivantes :

- retard de l'ouverture vaginale chez les rattes infantiles

- suspension de l'oestrus chez les rattes ayant un cycle normal.

Des coupes histologiques pratiquées au niveau des ovaires montrent l'absence de follicules clos et la présence de corps jaunes semblables à ceux que l'on voit pendant la lactation. Les images observées au niveau de l'utérus sont de même type que chez les rattes en lactation .

- retard dans la descente des testicules chez les rats

- regression des testicules chez les rats matures.

Chez les pigeons, on assiste à une atrophie très marquée des testicules avec arrêt de la spermatogénèse au stade des spermatides.

La plupart des auteurs s'accordent à penser que l'interférence des drogues neuroleptiques avec les fonctions gonadiques est due à l'action de ces drogues sur l'hypothalamus.

CHAPITRE II

GENERALITES ET RAPPEL BIBLIOGRAPHIQUE

Il n'existe dans la littérature médicale que peu d'articles traitant de troubles sexuels survenant au cours de traitements psychiatriques. Pourtant nous avons la certitude que ces troubles ne sont pas exceptionnels. Ils semblent au contraire constituer l'un des effets secondaires assez communs au cours des traitements neuroleptiques au même titre que les perturbations de la faim, de la soif, du métabolisme hydrique, du cycle menstruel bien connus, et que les très classiques manifestations extrapyramidales.

Si les publications sont peu nombreuses, nous pouvons attribuer ce fait aux difficultés mêmes d'observation de ces troubles. L'étude du comportement sexuel a constitué pendant très longtemps un sujet tabou, c'est-à-dire jusqu'aux études faites par FREUD. Il reste encore pour beaucoup un sujet interdit ou rarement abordé, même par les médecins. Il faut qu'il règne entre médecin et malade un climat de confiance pour aborder des confidences relatives à la sexualité, aussi bien de la part du médecin que du malade.

D'autre part, l'étude des effets secondaires d'un médicament nécessite l'observation de très nombreux cas, dans un délai de temps assez long et n'est commodément réalisée qu'en milieu hospitalier. On conçoit que le cadre hospitalier ne soit pas un milieu idéal d'observation du comportement sexuel. Cependant il ne doit pas être totalement dépourvu d'intérêt d'étudier le comportement sexuel de sujets hospitalisés ou vivant dans un milieu coupé du monde extérieur.

L'instinct sexuel faisant partie intégrante de la personnalité, peut se manifester de façon différente lorsqu'il rencontre des difficultés pour se réaliser : qu'il se sublime, qu'il soit remplacé temporairement par d'autres préoccupations, ou qu'il emprunte pour sa réalisation des voies détournées, celle de l'homosexualité ou celle, moins pathologique mais plus infantile de l'autoérotisme et de la masturbation.

On comprend les difficultés de confidences relatives à de telles pratiques, mais nous avons plusieurs observations dans lesquelles les malades homosexuels ou masturbateurs se sont vus privés de leur jouissance au cours de traitements psychiatriques.

Il nous reste à envisager, sans trop y insister pour le moment, les difficultés relevant de l'intrication du terrain et du traitement dans l'interprétation des troubles sexuels. Il n'est pas toujours aisé de conclure à la responsabilité exclusive de l'un ou de l'autre. Nous préciserons ultérieurement les caractères particuliers qui font croire à l'action des médicaments neuroleptiques dans l'apparition des troubles sexuels.

Ce qu'il est moins aisé de préciser, c'est l'action de tel ou tel médicament dans un mélange médicamenteux. Nous avons l'impression que ce n'est pas un médicament particulier par sa composition chimique qui agit, mais les médicaments qui ont le pouvoir d'agir au niveau du système nerveux et en particulier dans la zone hypothalamo-hypophysaire.

Un certain nombre d'articles ont été publiés en France et en Amérique. Nous rapporterons les travaux publiés par les auteurs français POMME, PLANCHE, GIRARD, dans le chapitre suivant comprenant nos observations personnelles, puisque c'est sous leur conduite que nous travaillons.

Ce sont les Américains qui signalèrent les premiers l'apparition de troubles sexuels en rapport avec l'administration de drogues neuroleptiques. Nous rapporterons donc les observations, peu nombreuses d'ailleurs, publiées aux Etats-Unis. Elles concernent presque toutes l'action du Melleril, avec atteinte spécifique de l'éjaculation.

SINGH E. (16) publie en 1961 dans l' "American Journal of Psychiatry" un cas d'inhibition de l'éjaculation comme effet secondaire du Melleril. Il s'agit d'un malade blanc de trente-cinq ans hospitalisé le 6 septembre 1960 dans un état d'anxiété aiguë et de douleurs gastriques progressivement croissantes depuis plusieurs semaines. C'était un malade ayant des habitudes éthyliques depuis sept ans et souffrant d'un ulcère de l'estomac depuis cinq ans. Il avait toujours été nerveux et pendant l'année précédente, il avait souffert de troubles vertigineux et de sueurs excessives. On lui prescrivit du Melleril 100 mg trois fois par jour et un traitement anti-ulcéreux et on lui demanda de revenir en consultation externe la semaine suivante. Quand il revint, il se sentait beaucoup mieux, mais il se plaignait d'un symptôme inhabituel, c'est-à-dire d'une inhibition complète de l'éjaculation pendant le coït. Il avait un orgasme normal mais pas de décharge associée. On le rassura et on lui demanda de poursuivre le traitement et de revenir deux semaines plus tard. A cette date, il persistait une inhibition de l'éjaculation.

Pour savoir s'il s'agissait d'un effet secondaire du Melleril, le médicament fut supprimé et quand le malade revint à la consultation deux semaines plus tard, il déclara qu'il avait une éjaculation normale lors de l'orgasme. Un nouvel essai du Melleril provoqua l'apparition du même trouble.

FREYHAN F.A. (9) publie sous le titre de "Perte de l'éjaculation pendant un traitement par le Melleril" dans l' "American Journal of Psychiatry" (1961) les observations de trois malades.

- 1er cas :

Il s'agit d'un ingénieur de quarante-cinq ans, deux fois divorcé, envoyé en consultation par le médecin de la Société qui l'employait en raison d'une nette insuffisance dans son travail. L'examen montra qu'il s'agissait d'un sujet très tendu, soupçonneux, anxieux, se sentant persécuté par des espions venant du Vatican à cause de son deuxième divorce.

On prescrivit de la "thorazine" pour atténuer la tension paranoïde et contrôler le comportement hostile. Après plusieurs semaines de traitement, il arrêta brusquement les soins malgré une nette amélioration. Quand il revint à la consultation, il se plaignait d'insomnie. On lui prescrivit alors du Melleril 100 mg dans l'après-midi et au coucher.

Sa vie amoureuse consistait en visites hebdomadaires à la même prostituée depuis des mois. A l'occasion du premier rapport qu'il eut avec elle après la prise de Melleril, il eut une érection et un orgasme, mais pas d'éjaculation. Il revint à la consultation très remué, accusant le médecin de le priver de sa virilité, certain qu'il s'agissait d'un effet du médicament. Le médecin interpréta sa plainte comme une manoeuvre psychologique.

- 2ème cas :

Il s'agit d'un homme marié de quarante ans, consultant pour des idées noires, un manque d'énergie et des craintes d'impuissance. Marié pour la seconde fois, il était père de quatre enfants. L'examen clinique mit en évidence un état dépressif léger.

La prescription comporta Devamy 5 mg à midi et le soir, et Melleril 50 mg à midi et 75 mg le soir. Quand il revint en consultation la semaine suivante, il se plaignait d'une absence d'éjaculation. Il signala qu'il avait eu dans le passé des difficultés avec l'érection, mais que les rapports avaient toujours été normaux dès qu'il était capable d'insérer son penis dans le vagin. Il rattachait cette absence d'éjaculation à l'administration du médicament.

- 3 ème cas :

Il s'agit d'un homme marié de trente-six ans, référé par le procureur en raison d'un procès dans lequel il était accusé d'avoir eu des relations sexuelles répétées avec l'une de ses filles. Sur l'avis de la Cour, sa femme et ses enfants le quittèrent pendant une période probatoire et on lui ordonna de suivre un traitement psychiatrique. L'étude de sa personnalité révéla qu'il était un individu agressif et impulsif; n'ayant jamais pu supporter une frustration sexuelle.

Il commença le traitement dans un esprit de colère, de résistance et d'hostilité. On lui prescrivit Melleril 100 mg trois fois par jour. Depuis qu'il désirait rester fidèle à sa femme dans l'espoir d'une réconciliation ultérieure, il satisfaisait ses puissants désirs sexuels par la masturbation. En une semaine de traitement par le Melleril, il n'observa pas seulement une baisse du désir sexuel mais également une absence de sécrétion à l'acmé de la masturbation. Il se demandait s'il s'agissait d'un effet recherché du traitement.

Ces trois cas ont été présentés dans l'ordre chronologique de leur apparition. L'auteur, qui dans le premier cas n'avait pas tenu compte de l'action possible du médicament, la prit en considération ne pouvant croire qu'il s'agissait d'une simple coïncidence.

L'arrêt du Melleril restaura rapidement, chez chaque malade, une éjaculation normale.

HELLER J. (10)

"Un autre cas d'inhibition de l'éjaculation comme effet secondaire du Melleril", dans l'"American Journal of Psychiatry" (1961). Il s'agit d'un malade blanc âgé de quarante ans, suivi dans ce service depuis un an pour son état schizophrénique de type paranoïde. Au début, il était extrêmement rigide et incapable de raconter ses sentiments. Pendant les deux derniers mois, il commença à exprimer des sentiments intenses d'amertume et de colère atteignant parfois une violence si grande qu'il criait tout seul à haute voix.

Il fut alors placé sous Melleril 25 mg trois fois par jour. Au bout d'une semaine il se sentait plus détendu, mais il se plaignait d'une somnolence excessive. Le dosage fut en conséquence diminué à 10 mg trois fois par jour. Il déclara, la semaine suivante, que sa somnolence avait disparu mais qu'il constatait un autre effet secondaire. Trois jours après le début du traitement il remarqua que ses facultés d'éjaculation avaient disparu, quoiqu'il n'y eût pas de diminution de ses désirs sexuels. Les sensations et l'orgasme étaient normaux, mais il n'y avait pas de sécrétion.

On lui conseilla d'arrêter le traitement pendant une semaine, mais il désobéit à cet ordre car il se sentait beaucoup plus détendu, et l'incapacité d'éjaculer persista.

On lui demanda de nouveau d'arrêter le Melleril et on lui substitua le méprobamate. La semaine suivante, il rapporta que deux jours après l'arrêt du Melleril, son éjaculation était réapparue et restait active. Un autre essai fut tenté avec le Melleril et redonna les mêmes résultats.

WITTON K. (17)

"Sexual dysfunction secondary to Melleril" (1962) Dis. Nerv. Syst.

L'auteur rapporte tout d'abord les résultats d'une étude faite par SANDISON et ses collaborateurs et portant sur deux cents malades traités par le Melleril. Le Melleril, comme la plupart des dérivés phénothiaziniques a comme effet secondaire une atteinte de la fonction sexuelle en particulier une baisse de la libido. Chez les femmes en état d'activité génitale, une aménorrhée survint dans près de 50 % des cas. La fonction sexuelle revint après l'arrêt du Melleril. Une insuffisance de la fonction sexuelle mâle fut notée, mais avec une moindre fréquence.

L'étude faite par WITTON porté sur vingt et un malades, de sexe masculin, la plupart schizoïdes, âgés de moins de quarante-cinq ans sauf trois et traités par le Melleril.

On constata les résultats suivants :

- sept malades avaient une atteinte sévère de la fonction sexuelle avec perte de l'érection et plus ou moins de l'éjaculation

- huit malades se plaignaient d'une forte baisse du désir sexuel mais qui ne pouvait être entièrement dûe au médicament.

- seulement trois malades nièrent toute atteinte sexuelle

- et dans trois cas on ne put tirer de conclusions valables.

Voici deux observations prises parmi les sept malades qui eurent une atteinte sévère de la fonction sexuelle :

1er cas :

Il s'agit d'un malade blanc de trente-cinq ans, divorcé, hospitalisé depuis 1954 pour état sévère de schizophrénie. Son état d'excitation n'avait pas été contrôlé par l'électrochoc, la chlorpromazine, la trifluopérazine ni la prochlorpérazine. On lui prescrivit du Melleril 100 mg trois fois par jour le 29 juin 1959.

C'était un masturbateur chronique. Il rapporta que deux semaines après le début du traitement par le Melleril, l'érection et l'orgasme avaient lieu mais sans émission de liquide séminal. Cependant il constatait lui-même une amélioration psychique.

Le 24 mai 1961, en raison d'une sévère anxiété, on remplaça le Melleril par une autre phénothiazine. Une semaine après l'arrêt du Melleril, il rapporta avoir eu des érections avec éjaculation. Cependant il réclamait un retour du Melleril qu'il trouvait plus capable de soulager son anxiété et il se résignait à la perte de sa fonction sexuelle. On lui prescrivit du Melleril 100 mg trois fois par jour et il est impuissant depuis.

2ème cas :

Il s'agit d'un homme blanc, âgé de trente-deux ans, célibataire, hospitalisé depuis mars 1959. Il est atteint de schizophrénie de type paranoïde. Sa psychose se manifestait par des idées de grandeur, des hallucinations auditives, des idées religieuses. Les préoccupations sexuelles avec des désirs sexuels excessifs étaient le symptôme dominant.

Après un essai avec la chlorpromazine, il fut traité par Melleril 25 mg trois fois par jour, puis quatre fois par jour et enfin à 100 mg quatre fois par jour.

Dès la première augmentation il se plaignit d'un trouble sexuel : il n'avait ni érection, ni éjaculation. Le Melleril est remplacé par la prochlorpérazine. Deux semaines plus tard, il eut de nouveau des érections avec des émissions spontanées.

L'auteur conclut que sur un petit nombre de malades placés sous Melleril, il constata un pourcentage élevé de troubles de la sexualité. Environ le tiers des malades se plaignirent d'une perte de l'éjaculation, complétée ou non par une perte de l'érection.

En dehors de ces observations privilégiées, des études consacrées aux effets secondaires de médicaments neuroleptiques signalent, parmi d'autres, les troubles de la libido.

FLACH et REGAN (4) ont fait une étude portant sur cent quarante-deux malades traités par la chlorpromazine pour des états d'excitation sexuelle, des états dépressifs... Ils ont reconnu la capacité marquée que possède la chlorpromazine de réduire l'activité sexuelle.

DESHAIES, RICHARDEAU, DECHOSAL (3) dans leur rapport "chlorpromazine et réserpine en psychiatrie", ont étudié les effets de ces médicaments. Trois cent soixante-seize malades furent traités par la chlorpromazine et cent cinquante par la réserpine.

Ils constatèrent une baisse de l'activité sexuelle, mais dans la mesure où l'est l'activité générale, chez les malades traités par la chlorpromazine. Par contre la réserpine a souvent un effet aphrodisiaque. D'ailleurs quelques observations signalent cet effet d'excitation sexuelle de certains neuroleptiques telles celles de SEDMAN (15) avec le chlorprométhixène.

Les auteurs constatent également la fréquence des troubles endocriniens que nous avons déjà signalés, troubles des règles, de la lactation.

La fréquence des troubles de la libido a été également constatée lors de l'étude des effets secondaires d'un inhibiteur de la mono amine oxydase l'Iproniazid. Ce médicament, d'abord connu pour ses propriétés tranquillisantes, fut vite employé en cardiologie dans l'angine de poitrine.

GERBEAUX et LINEGRE (19), dans un extrait de la communication faite au Symposium de Lugano les 30 et 31 octobre 1961, consacré aux I.M.A.O., signalent un cas d'impuissance sur quarante-cinq malades soumis au traitement.

HOLZMANN (20) publie dans les Actualités Cardiologiques Internationales, 1959, "Iproniazid en cardiologie"; il signale comme une conséquence l'impuissance sexuelle avec ou sans perte de la libido. Cet effet disparaît pendant la poursuite du traitement et n'est pas toujours indésirable au point de vue de la situation cardiaque.

DOUMER, MESMAQUE, LUEZ, BONTE (18) dans "Bulle médical" 1960, publient une étude à propos de vingt-sept observations sur l'action de l'Iproniazid sur l'angine de poitrine. Les auteurs relèvent quatre cas d'impuissance.

Enfin l'Iproniazid a été utilisé dans la polyarthrite chronique évolutive et SCHERBEL (21) publie les résultats et constate une diminution de la libido comme complication fréquente.

Ces quelques observations relatives à l'Iproniazid sont intéressantes car l'inhibiteur de la M.A.O. a été administré à des personnes que l'on peut considérer a priori comme normales au point de vue psychiatrique. L'apparition de ces troubles de la sexualité ne pourrait dans ce cas relever du terrain mais bien de l'absorption médicamenteuse.

On peut conclure de ces observations que les troubles sexuels se rencontrent fréquemment chez les malades traités par des médications psychiatriques.

Ils se manifestent presque toujours par une baisse de la libido atteignant des degrés divers, probablement selon les doses et les médicaments employés. Cette baisse de la libido se traduisant par une atteinte des différents temps de l'acte sexuel et le premier atteint semble être le réflexe de l'éjaculation : ce n'est que plus tard ou lors de l'administration de doses plus fortes que l'on assiste à une atteinte de l'érection.

Ces troubles ont été observés lors de traitements mettant en cause : en premier lieu le Melleril, le largactil, le Serpasil, le Mersilid.

Seuls quelques auteurs américains ont décrit des observations où l'éjaculation semble dissociée de l'orgasme, sans atteinte des autres temps de l'acte sexuel. Ces observations sont uniquement rencontrées lors du traitement par le Melleril. Ce neuroleptique était employé à des doses variables, avec, semble-t-il, un effet secondaire isolé sur l'éjaculation. Certains même retrouvaient une éjaculation normale lorsque le Melleril était remplacé par un autre neuroleptique, tel le largactil par exemple. Ces auteurs concluaient à l'action spécifique du Melleril sur l'éjaculation.

Nous avons eu connaissance dernièrement de deux articles parus récemment dans l'Encéphale (1964) et traités lors du colloque sur les neuroleptiques et leurs effets secondaires (Paris 16 novembre 1963).

M. NISTRI et P.L. de LUCA (11) "A propos de l'inhibition de l'éjaculation pendant le traitement thioridazinique, son éventuelle valeur thérapeutique".

Les auteurs, à la suite de leurs travaux personnels et des publications faites en particulier par les auteurs américains, sur l'inhibition de l'éjaculation pendant le traitement par le Melleril, ont fait quelques recherches sur les animaux de laboratoire.

- I - En utilisant l'épreuve de GALLI-MAININI, ils ont observé que la thioridazine inhibe, chez la grenouille mâle, l'éjaculation obtenue avec les gonadostimulines. L'effet se produit très vite et avec des doses peu élevées. Ce résultat est constant chez tous les animaux, alors qu'un effet identique avait été observé par SALA et de MARIA (1957) avec la chlorpromazine, mais dans 60 % des cas seulement.

2- L'étude de l'influence de la thioridazine sur la réponse de l'ovaire de lapines soumises à une stimulation avec des hormones gonadotropes, montre une réaction négative dans l'épreuve de FRIEDMAN. D'ailleurs, l'aménorrhée a été signalée cliniquement au cours de traitements par la thioridazine.

3- A la suite de traitements thioridaziniques intensifs et prolongés, on a pu observer chez les rats traités une souffrance génésique des éléments parenchymateux des testicules. Cependant ces lésions ne peuvent expliquer l'arrêt de l'éjaculation qui arrive à des doses modérées et très précocément.

4- Les auteurs ont étendu la prescription de la thioridazine à des patients se plaignant de fréquentes pollutions nocturnes et d'éjaculatio precox. Leur expérience se limite à une douzaine de cas.

- chez les patients psychopathiques, aux doses usuelles de 300 mg par jour on obtient une suppression des pollutions nocturnes.

- chez les sujets névrosés, on obtient avec des doses plus basses de l'ordre de 25 à 75 mg par jour la correction de l'éjaculatio precox et des pollutions nocturnes.

J.P. SCHNETZLER, J.C. LAMAND, J. CASSAS-SUCH, M. CARREL (14)

"Effets des neuroleptiques en général et de la thioridazine en particulier sur la sexualité".

Les résultats publiés par les auteurs sont issus de leur expérience individuelle et d'une enquête effectuée auprès de quelques collègues.

A - Action des neuroleptiques en général

1° - chez l'homme

Le fait certain est la diminution, voire la suppression du désir sexuel. L'émoussement libidinal est corrélatif dans certains cas d'une raréfaction ou d'une disparition des érections.

2° - chez la femme

Il a semblé aux auteurs qu'on pouvait noter une atténuation des désirs sexuels.

OSTOW et KLINE dans "the psychic action of reserpine and chlorpromazine" NS KLINE edit. I volume Boston, 1959, constatent fréquemment une diminution des désirs sexuels et relie cette constatation à ce fait fondamental pour eux que la chlorpromazine et la reserpine diminuent globalement la quantité d'énergie psychique qui, dans le cadre de leurs théories psychanalytiques, s'identifie à la libido.

B - Action de la thioridazine.

Les auteurs ont effectué une étude systématique du médicament chez vingt-trois sujets normaux : dix-huit étudiants, un psychologue, une infirmière, une secrétaire et deux médecins; sept sujets ont ressenti une modification dans la sphère sexuelle : une femme sur dix seulement en a ressenti contre six hommes sur huit.

Voici plusieurs cas d'un simple retard ou d'une suppression de l'éjaculation :

Jacques : vingt et un ans, étudiant en psychologie, a des rapports réguliers et satisfaisants avec sa fiancée. Dès le premier jour de la prise du produit actif et sans que les désirs aient diminué, il note une augmentation de la durée des rapports nécessaire pour obtenir l'éjaculation, sans que l'orgasme soit influencé.

Dans un deuxième temps, le désir persistant toujours ainsi que l'érection, l'éjaculation disparaît mais il se produit un orgasme d'intensité plus faible que d'habitude.

Justement inquiet de cette atteinte à sa puissance virile, il se masturbe deux fois et obtient un orgasme normal, mais l'éjaculation est extrêmement réduite en volume.

Dès le deuxième jour après la fin de l'absorption de la thioridazine, les rapports sexuels ont repris les caractéristiques normales. Le placebo n'a déterminé aucun trouble sexuel.

Marcel : vingt et un ans, étudiant en lettres, entretenait également avec sa fiancée des rapports sexuels réguliers et normaux.

La prise de la thioridazine ne détermine chez lui aucune inhibition des désirs, ni de l'érection et ne diminue pas l'orgasme, mais augmente nettement le temps nécessaire à l'obtention de l'éjaculation. Ce phénomène lui était inconnu et ne s'est pas produit avec le placebo. Les fonctions sexuelles ont repris leur cours habituel dès l'arrêt de la thioridazine.

Guy : trente-deux ans, professeur, suivi au dispensaire pour des troubles névrotiques caractérisés surtout à type d'irritabilité colérique, prend 50 mg de thioridazine depuis deux mois avec d'excellents résultats. Il constate alors, lors de deux rapports avec des préservatifs que l'éjaculation est absente. Il a cependant éprouvé, après un rapport de durée habituelle, un orgasme normal et a notamment bien ressenti l'activité spasmodique de la musculature périméale nécessaire à l'expulsion du sperme.

Après deux jours d'interruption de la thioridazine, les rapports sexuels se terminent par une éjaculation normale.

Cette observation pourrait faire supposer que c'est la sécrétion du liquide spermatique qui est déficiente et non le mécanisme expulsif.

André : vingt-trois ans, étudiant, est hospitalisé depuis un an en clinique pour hébétéphrénie. Il a reçu successivement durant quelques mois, à chaque fois, 100 mg de chlorpromazine, 4 mg d'halopéridol, 40 mg de propéridazine. Durant cette période, il s'est plaint d'une baisse libidinale marquée par la rareté des désirs hétérosexuels, des masturbations et des pollutions nocturnes. Lors des masturbations, l'orgasme et l'éjaculation étaient normaux.

Le 28 octobre, le traitement antérieur est remplacé par 100 mg de thiorazine associés à 5 mg, puis 10 mg de thiopropérazine.

Aussitôt les désirs sexuels et le désir de se masturber se font plus nets. Le 3 novembre, le malade se masturbe, éprouve une érection et un orgasme normaux mais sans éjaculation. Deux jours après, un rêve érotique s'accompagne d'un orgasme normal mais sans éjaculation.

On peut noter que si la thioridazine a stoppé les éjaculations, elle s'est montrée moins inhibitrice de la libido que les neuroleptiques précédemment utilisés.

Les auteurs concluent que l'action anti-éjaculatoire de la thioridazine semble originale et que le seuil de son apparition est plus faible que celui des effets sédatifs centraux.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS PERSONNELLES

Il faut revenir plus longuement à l'une des difficultés les plus importantes de l'étude des troubles sexuels survenant au cours des traitements psychiatriques, c'est-à-dire à l'intrication du terrain et de la thérapeutique. Pour certains, le problème ne se pose pas : les troubles sexuels dont se plaint le malade sont une manifestation liée à l'évolution de la maladie elle-même.

Il est certain que les troubles de la sexualité sont fréquemment rencontrés au cours des affections psychiatriques. Par exemple, dans les états névrotiques, les perturbations sexuelles sont au premier plan de la symptomatologie : constitués par de l'impuissance chez l'homme et de la frigidité chez la femme. Plus rarement et dans les phases de début, on peut observer une augmentation pathologique de la libido. C'est à juste raison que beaucoup d'états de friguidité ou d'impuissance semblent relever de causes mentales.

Nous avons, dans un premier chapitre, exposé très succinctement les théories psychanalytiques de la genèse des états névrotiques. FREUD, le premier, nous a montré le rôle primordial que joue la sexualité infantile dans l'étiologie des névroses.

Au traumatisme infantile peut succéder une névrose infantile; c'est rarement le cas. Plus tard, la névrose se manifeste par l'effet retardé du traumatisme ancien et sous l'influence sans doute de traumatismes récents.

Cependant le terrain ne peut expliquer tous les troubles sexuels survenant au cours des traitements psychiatriques. Certains caractères nous permettent d'envisager avec certitude le rôle des médicaments :

- la rapidité d'apparition des troubles sexuels après la prise du médicament.
- leur disparition ou au moins leur régression après arrêt de la drogue
- la répétition des mêmes faits lors de nouveaux essais thérapeutiques.

Dans les états psychotiques, les troubles sexuels se manifestent presque toujours par une diminution ou une abolition de ces fonctions. En particulier, dans les états de schizophrénie, l'atteinte de toute la personnalité est si profonde qu'il est assez vain de chercher à tirer des conclusions valables.

Seule est à rappeler l'hypergénéésie, inconstante d'ailleurs du maniaque.

Un champ d'expérience très important est constitué par le traitement des troubles psychiatriques mineurs par les tranquillisants, en raison même de la fréquence d'emploi de ces drogues et de la bénignité des troubles psychiques.

De la même façon, on peut considérer comme intéressantes les expérimentations faites par les inhibiteurs de la monoamine-oxydase sur un terrain non psychiatrique mais cardiologique.

De telles expériences montrent pleinement que les drogues utilisées en psychiatrie ont comme effet secondaire fréquent une atteinte de la sexualité.

Manifestations observées :

- Le début des troubles sexuels survient assez rapidement après la prise du médicament, en moyenne deux à cinq jours, avec des fluctuations de quelques jours à une semaine. Ce début rapide est en faveur de la responsabilité de la drogue.

Les manifestations observées peuvent être mineures au début, puis se compléter peu à peu lors de la continuation du traitement. Par exemple, à un retard de l'éjaculation, fait suite une absence totale de sécrétion, puis une impossibilité de l'érection.

Dans certains cas, au contraire, peut-être plus rarement, les troubles peuvent parvenir d'emblée à leur maximum.

- L'arrêt de la drogue est suivi, dans un délai bref, de la régression des troubles sexuels, le plus souvent dans un délai de quelques jours à une semaine. Ces troubles réapparaissent lors d'un nouvel essai thérapeutique, pour disparaître de nouveau, dans les mêmes délais, lors de la suspension du médicament.

Dans certains cas, les troubles sexuels régressent alors que le traitement se poursuit, comme si le médicament perdait peu à peu son pouvoir. Mais il s'agit là d'exceptions. La persistance des troubles sous traitement est la règle, même pendant des périodes fort longues de plusieurs mois.

La récupération des fonctions sexuelles peut être progressive, lente et même incomplète.

- Des fluctuations peuvent se manifester au cours des traitements. Après une phase d'impuissance, on observe une récupération des fonctions sexuelles, puis à nouveau une diminution du potentiel. Ces fluctuations semblent en rapport avec des variations de posologie ou de médicament, mais sans qu'il existe cependant un parallélisme très étroit.

- Des troubles séquellaires ont parfois été décrits, alors que la règle générale est une restitutio ad integrum. Chez des sujets, âgés le plus souvent, l'arrêt du médicament laisse persister un trouble de la fonction sexuelle qui peut se manifester de plusieurs façons :

- soit une baisse considérable de la libido avec persistance du désintérêt vis à vis des choses sexuelles,

- soit la rareté de l'érection, alors que la fréquence en était normale avant la thérapeutique,

- soit une mauvaise qualité de l'érection : celle-ci restant définitivement incomplète à des degrés divers, permettant le coït ou le rendant impossible.

- l'âge semble influencer peu l'apparition des troubles en ce qui concerne le déficit immédiat. Les récriminations les plus vives sont normalement venues de la part des sujets les plus jeunes. Mais c'est à partir de cinquante ans que l'on observe les séquelles signalées plus haut.

- les techniques amoureuses employées sont très diverses et ne semblent pas jouer de rôle dans la survenue des troubles sexuels. Dans quelques observations survenant chez des homosexuels ou des masturbateurs, les plaintes de suppression de jouissance sont aussi vives que chez les sujets hétérosexuels.

Les troubles de la libido ont été décrits dans un précédent chapitre selon l'atteinte des différents temps de l'acte sexuel. Nous avons l'impression que les troubles sexuels dus à l'absorption médicamenteuse présente différents degrés de gravité selon la qualité du médicament et la dose employées.

- chez l'homme, les premiers signes d'une atteinte sexuelle sont représentés par une altération de l'éjaculation. Cette dernière représente le dernier stade de réflexes complexes et il est aisé de comprendre qu'il soit le premier touché par une atteinte mineure de la sexualité.

Le premier stade de cette atteinte se traduit par un retard de l'éjaculation. Normalement, l'éjaculation se produit environ trois minutes après le début du coït, mais on peut considérer comme normale une durée comprise entre deux et dix minutes.

Ce retard de l'éjaculation provoque un retard de l'orgasme et un décalage d'avec les sensations féminines, d'où perte de l'harmonisation des sensations du couple, condition d'un rapport amoureux.

En utilisant cette propriété que possèdent les médicaments neuroleptiques de retarder l'éjaculation, un essai thérapeutique est en cours sur les cas d'éjaculation précoce mais il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions valables.

Un degré de plus dans l'atteinte de l'éjaculation est représenté par un arrêt, une disparition de l'éjaculation. Cet effet a été publié par de nombreux auteurs américains comme effet secondaire du Melleril. Ce trouble peut rester très longtemps à l'état isolé, mais dans d'autres cas, il peut se compliquer à la longue d'autres troubles sexuels et en particulier d'une atteinte de l'érection.

Cette atteinte isolée de l'éjaculation a intrigué les observateurs. Nous pouvons y voir simplement l'atteinte mineure d'un neuroleptique sur le dernier stade, donc le plus facile à atteindre, de la fonction sexuelle.

Les troubles de l'érection traduisent une atteinte plus grave de la fonction sexuelle. Ils peuvent apparaître d'emblée ou faire suite à des troubles de l'éjaculation. Ces troubles de l'érection possèdent divers degrés de gravité :

- l'érection peut être possible, mais difficile en raison de plusieurs facteurs :

- mauvaise qualité de l'érection rendant la pénétration difficile, mais tout se déroule presque normalement après l'intromission,

- érections rares

- l'érection peut cesser brusquement soit avant l'intromission, soit immédiatement après.

- Dans certains cas, l'érection est impossible et c'est le stade de l'impuissance complète.

Ces troubles de l'érection et de l'éjaculation peuvent s'accompagner d'un désir normal et l'on conçoit les répercussions psychologiques que cela peut entraîner.

Par contre, il peut arriver comme degré ultime de gravité une perte totale du désir. Il existe plusieurs observations dans lesquelles des traitements prolongés par les neuroleptiques conduisent à une perte totale de la libido, après des atteintes isolées pendant un certain temps de l'éjaculation et de l'érection, dans une marche de gravité croissante.

- chez la femme,

il est possible de décrire divers stades avant d'arriver à la frigidité complète.

Tout d'abord des phases de frigidité transitoire au cours du coït, à la suite de laquelle les sensations redeviennent normales jusqu'à l'orgasme.

Les troubles de l'orgasme sont fréquents et le plus souvent l'orgasme est incomplet, sans déficience neuropsychique. Il est à noter qu'il existe une conservation plus ou moins relative de la jouissance infantile clitoridienne, alors que les sensations vagino-utérines sont absentes ou défectueuses.

En dernier stade, on assiste à une perte totale de la libido.

Nous ne voulons pas faire état des répercussions psychologiques que de tels troubles peuvent entraîner chez les malades, mais il faut ne pas les sous estimer et en tenir compte dans l'appréciation de l'opportunité d'une poursuite du traitement.

Quelles sont donc, schématiquement, les réactions qu'entraînent de tels troubles ? Elles sont variables selon les sujets, leur âge, leur sexe, la gravité des troubles psychiques traités et les habitudes sexuelles du malade.

Lorsqu'il s'agit d'un malade traité pour une grave maladie psychiatrique, avec une vie sexuelle peu active, il est rare que les répercussions soient importantes. Et l'on a vu de nombreux sujets résolus à la perte de la fonction sexuelle, souvent de leur plein gré, en face de l'amélioration psychique obtenue par le traitement.

Lorsque le malade avait une vie sexuelle active, les troubles peuvent être importants. L'homme se sent privé de son sexe, il est diminué, il n'a plus le caractère viril qui lui est propre. L'impression de supériorité qu'il ressentait dans ses rapports avec sa partenaire disparaît. Ce sentiment d'infériorité, de frustration peut s'accroître s'il ne se sent pas compris de sa partenaire. Il en découle tension, anxiété, voire agressivité.

La femme ressent moins douloureusement ou de façon moins violente la perte du plaisir sexuel. Il est curieux à ce sujet de constater à quel point la frigidité, très fréquente, est assez bien supportée contrairement à l'impuissance chez l'homme.

Les réactions psychologiques secondaires sont donc plus rares et moins vives que chez l'homme.

Le problème se pose ici sous un autre angle : celui du partenaire. Il admet parfois difficilement l'apparition de cette frigidité, l'interprétant comme une sorte de "refus de lui", et le ressentant comme une authentique vexation. Cette tension psychologique avec le partenaire peut être facilement réduite par quelques conversations où le processus est expliqué aux deux partenaires.

Les médicaments en cause

Certains médicaments, comme le Melleril, ont fait l'objet de plusieurs publications. D'autres neuroleptiques ont été incriminés, ainsi que d'autres produits, dans des revues consacrées aux troubles secondaires à ces médicaments.

Nous avons l'impression que la plupart des drogues psychotropes ont une action sur l'axe sexuel, même s'il est difficile de faire la part de chacun d'eux en raison des mélanges médicamenteux fréquents.

L'effet des neuroleptiques a été le premier connu par les publications américaines sur le Melleril. Puis en France, on a souligné l'action d'autres neuroleptiques, des tranquillisants et des inhibiteurs de la M.A.O.

Les neuroleptiques.

Le groupe donnant avec le maximum de fréquence ce genre de troubles est celui des neuroleptiques phénothiaziniques. Ceux tirés d'autres souches chimiques (butyrophénone, thioxanthène) ne sont pas exempts non plus d'inconvénients de cet ordre.

Il faut rappeler que c'est aussi ce genre de médicaments qui donne assez souvent des troubles de la menstruation et de la lactation, signant ainsi son action dans la région diencéphalohypophysaire.

Parmi eux, nous avons remarqué :

phénothiazine - le largactil
 - le théralène
 - le melleril
 - le tementil

butyrophénone - l'halopéridol

thioxanthène - le taractan.

Les tranquillisants.

Ils possèdent aussi une action inhibitrice. Elle semble le plus souvent mineure, représentée par un simple affaiblissement qui peut passer facilement inaperçu si l'on n'interroge pas avec soin les malades dans ce sens. Dans certains cas prédisposés, l'action inhibitrice peut être grave.

La liste des tranquillisants incriminés est pour cette raison plus difficile à établir. Vu leur large prescription, nous l'avons observée sans difficulté avec l'équanil et le librium. Mais nous pouvons encore citer l'Atarax, le M.Oblivon.

Les thymoanaleptiques

- Groupe imipramine : il est très difficile de juger l'effet du tofranil ou du laroxyl qui sont, surtout pour le premier, rarement administrés sans couverture de tranquillisant ou de neuroleptique.

Nous ne les administrons jamais seuls et ne pouvons donc faire état de notre expérience.

Cependant ont été signalés par ailleurs des cas d'impuissance, mais aussi d'hypergénésie.

- Les inhibiteurs de la mono-amine-oxydase : Les publications faites en cardiologie signalent comme effet secondaire fréquent une altération de la libido. La littérature psychiatrique, comme nous l'avons déjà signalé dans la revue bibliographique, mentionne aussi des troubles d'impuissance ou de frigidité.

Au cours de cette thérapeutique, deux observations privilégiées nous ont permis de mettre cet effet en évidence malgré une association thérapeutique par le Marsilid et le sursum.

Mode d'action : Que possèdent ces médicaments pour agir sur la sexualité? La composition chimique est à éliminer car elle est différente d'un produit à l'autre. Leur point commun est d'agir sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, c'est-à-dire la grande zone du cerveau végétatif, centre des instincts et en particulier de l'instinct sexuel, mais aussi des métabolismes et de la régulation endocrinienne.

Nous nous garderons de toute hypothèse étiopathogénique mais nous voudrions rappeler certaines actions de ces neuroleptiques, en dehors des troubles sexuels.

- les perturbations neuro-endocriniennes se rencontrent fréquemment et nous en avons parlé à plusieurs reprises les perturbations du cycle menstruel à type de dysménorrhée ou d'aménorrhée, la galactorrhée font rarement défaut.

- les expériences pratiquées par MAYER, THEVENOT, DELUC sur les rattes soumises à des doses variables d'un neuroleptique : la perphénazine, montrent que selon les doses administrées, on trouve un état hormonal de type gravidique ou de type de la lactation. D'après ces auteurs, de faibles doses de cette drogue amèneraient une suspension partielle du contrôle hypothalamique sur la préhypophyse, ce qui permettrait une sécrétion simultanée de LTH et de LH donnant un état hormonal de type gravidique caractérisé par une synergie oestroprogestéronique. De fortes doses de neuroleptiques amèneraient une suspension totale du contrôle hypothalamique et n'autoriseraient que la sécrétion de LTH donnant un état hormonal voisin de celui de la lactation.

- En dehors du retentissement sur l'axe génital, les neuroleptiques provoquent des troubles métaboliques à type de faim ou de rétention d'eau bien connus au cours des traitements par les phénotiazines et qui témoignent eux aussi d'une action des drogues au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Observations de POMME, GIRARD, PLANCHE (12-13)

dont certaines sont à paraître en mémoire original in les Annales Médico-psychologiques.

Monsieur Georges A., soixante ans

Grave intervention au niveau de l'oeil droit avec ablation de toute la partie maxillaire de l'orbite il y a douze ans.

Il a perdu sa fille il y a un an.

Il s'agit en outre d'un sujet hyperémotif.

Depuis six mois, perte de toute l'activité.

Evolution progressive d'un syndrome dépressif avec tendances vertigineuses, anxiété, dyspepsies, insomnies et crises de larmes. Un traitement ambulatoire est tout d'abord conseillé, sans résultat.

Le sujet est alors hospitalisé pour recevoir une cure de sommeil à base de NOCTHAN, d'EQUANIL d'EUNOCTAL. La récupération psychique est très satisfaisante dans les quelques semaines qui suivent.

Le potentiel sexuel a été complètement aboli en cours d'hospitalisation où le sujet n'a pu réaliser aucune érection. Tout au cours du traitement d'entretien, les érections sont restées également impossibles. Puis le traitement diminuant, les possibilités sont partiellement revenues. Après suppression totale du traitement neurologique et tranquillisant, les possibilités sexuelles n'ont pas complètement repris.

En effet, l'érection n'a jamais été depuis (et ceci avec plusieurs années de recul) de très bonne qualité, la verge restant partiellement flacide et permettant cependant avec quelques difficultés l'intro-mission. L'orgasme et l'éjaculation ont toujours été ressentis.

- Monsieur R... Guillaume, quarante-deux ans

est actuellement traité pour tuberculose dans un sanatorium de la région. Il s'agit d'un cyclique qui se présente à la consultation comme un hypomaniaque mais avec une certaine participation anxieuse.

Nous proposons comme thérapeutique :

Equanil et Bellergal trois fois par jour. Au coucher 30 gouttes de Théralène et un suppositoire de Menbutal.

A la consultation suivante, au bout de quinze jours, nous retrouvons l'intéressé très amélioré sur le plan psychique, mais qui se plaint, malgré les impossibilités d'extériorisation, de ne plus ressentir un désir sexuel et de n'avoir que de rares érections.

C'est alors qu'il nous raconte qu'après hospitalisation et traitement à doses importantes de Largactil il ressentit la même impuissance, mais absolue cette fois. Elle persista une dizaine de jours après la sortie de clinique et arrêt complet du deuxième traitement.

- Monsieur B... Thierry, trente-sept ans

récemment marié, vient consulter avec sa femme car il se plaint de ne pouvoir satisfaire à ce qu'ils appellent leurs obligations. L'érection est peu fréquente et de qualité moyenne. Les choses s'aggravent du reste car une appréhension grandissante vient gêner de plus en plus la perspective des rapports.

De l'Equanil est prescrit à la dose de trois comprimés par jour avec quelques stimulants banaux. Quinze jours après, l'intéressé nous signale n'avoir plus d'érection du tout. La réapparition est partielle après cessation de l'Equanil et va en s'améliorant avec une psychothérapie.

Troubles de l'érection :

Monsieur M... Armand, quarante-sept ans

Sujet dépressif en arrêt de travail depuis trois mois lors de la première consultation psychiatrique. Il a été traité jusqu'alors par des "fortifiants" banaux et du Librium.

Les manifestations sexuelles sont irrégulières, mais cela était signalé comme tel dès le premier entretien et semble constituer une valorisation incontestable chez ce sujet frustré.

Importance de l'état dépressif; traitement avec : trois fois par jour, Taractan, Marsilid; barbituriques au coucher.

Le malade est revu quinze jours après : une amélioration relative de l'état psychique a été obtenue mais l'intéressé signale actuellement que deux jours après le début du traitement il ressent une impuissance totale. Le sujet s'en plaint amèrement. On essaie de le rassurer en précisant qu'il s'agit d'un état tout à fait transitoire dû à l'ingestion de médicaments, mais que ceux-ci sont malgré tout à continuer en raison de son état psychique.

Nouvelle consultation quinze jours après: le malade a arrêté ses médications. Une récupération partielle de son impossibilité a été constatée, mais aussi une rechute complète de son état dépressif.

Nous parvenons à lui faire admettre qu'il faut reprendre la thérapeutique intégrale. En raison du problème délicat posé par ce malade, nous le re-voyons encore quinze jours après. L'impuissance est totale et l'amélioration psychique très estompée par les préoccupations sexuelles constantes : elles susciteront un thème de jalousie.

La semaine suivante : tentative de suicide qui provoque l'hospitalisation du malade.

Mauvaise qualité de l'érection

Monsieur P... Bernard, quarante et un ans

Sujet normalement anxieux. Son état s'est aggravé au cours de différents ennuis ressentis dans son travail. Le milieu familial est excellent. Il existe, en particulier, une bonne entente conjugale à la fois affective et sexuelle. Il a été traité par tranquillisants dans la journée et somnifères barbituriques au coucher associés à quelques gouttes de Théralène.

Très rapidement on observe une diminution de fréquence de l'érection et une mauvaise qualité partielle. Un état de flaccidité relative remplaçant très vite une érection normale dès le début des rapports. Grâce à des manœuvres conjugales sans intromission, l'éjaculation reste possible, quoique tardive, en semi-flaccidité.

Monsieur André L..., vingt-neuf ans

Ce malade a été opéré d'une gastrectomie pour un ulcère hémorragique en 1962.

Sur le plan psychiatrique, il a fait une première tentative de suicide il y a trois ans. Nouvelle tentative en octobre 1960. Il s'agit d'un sujet très renfermé, parlant peu à sa famille, se liant peu à l'extérieur et ne sortant pas. Cependant, le dimanche il sort et boit volontiers.

Sur le plan sexuel, il s'agit d'un homosexuel avéré et actif. Il en est malgré tout ennuyé et anxieux, ce qui a motivé les deux tentatives de suicide.

Depuis les premières prises médicamenteuses, le potentiel a beaucoup diminué sur le plan de l'homosexualité et depuis plusieurs mois déjà, aucun rapport de ce type n'a pu être effectué en raison de l'impossibilité d'érection. Il reçoit toujours les rapports passifs mais, dit-il, sans aucun plaisir. Le potentiel avait été diminué par le premier traitement composé de Librium et de Tementil. Il a été complètement amoéli par la deuxième thérapeutique composée de Théralène, de Terfluzine, d'Artane et de Marsilid.

Retard d'éjaculation

Monsieur G... Stéphane, trente-deux ans

Agent commercial, sujet très actif en rapport constant avec la clientèle et présentant un certain degré d'éthylisme professionnel.

Réactions de nervosisme s'aggravant notamment depuis un à deux mois : irritabilité surtout, insomnies et quelques crises de palpitations.

Il vient consulter pour son nervosisme mais aussi avec le désir de ne plus boire, d'être aidé dans ce but. L'examen clinique est sub-normal, simplement les R.O.T. sont vifs. Il existe un foie décordant d'un seul travers de doigt.

Le traitement prescrit est très valable associant tranquillisants et barbituriques sur le plan sédatif et vitaminothérapie sur le plan des intoxications.

Retour quinze jours après, le malade m'annonce une très nette amélioration sur le plan de la nervosité. Mais si la libido reste normale, les érections sont moins fréquentes et il existe progressivement aggravé un important retard à l'éjaculation ayant commencé dès le troisième jour du traitement.

Actuellement il existe un apaisement de l'érection au cours d'un coït prolongé et sans résultat. On observe une alternance irrégulière d'ailleurs d'actes réussis et d'actes avortés.

Madame Georgette B..., trente ans

Syndrome névropathique de type psychasthénique avec troubles digestifs anciens, rachialgies, sensations de nervosité.

Les problèmes sexuels tracassent fort cette jeune femme qui se plaint de frigidité au moins relative. De nombreux essais avec des partenaires divers lui ont montré qu'il s'agissait d'une frigidité inconstante. Il est important de signaler que la frigidité existe sur le plan des rapports normaux et complets mais que la jouissance est ressentie par la simple excitation clitoridienne (mode infantile).

En raison de quelques crises d'agitation survenues dans des états d'éthylisme, une médication neurologique est administrée (Théralène). A chaque administration de ce produit, cette malade se plaignait d'une frigidité totale tant vaginale que clitoridienne pendant une période de deux à trois jours.

Par ailleurs, lors des prises de tranquillisants (Librium), la frigidité était totale sur le plan vaginal pendant toute la durée du traitement, mais la sensibilité clitoridienne persistait. L'intéressée supprimait volontiers le traitement de temps en temps.

Madame P... Odette, trente ans

Chez cette malade évolue depuis plusieurs années déjà un petit syndrome de névrose d'angoisse.

Une rechute un peu plus forte en avril 1952 motive la prescription d'une thérapeutique spécialisée quoique relativement légère : trois fois par jour une capsule de Librium et un comprimé de Marplan. L'amélioration se dessine en une quinzaine de jours. Mais en même temps, alors qu'elle avait auparavant une vie sexuelle normale, elle constate une perte du désir et une frigidité complète si l'acte est accompli.

Dès le lendemain de l'arrêt médicamenteux une reprise du potentiel réparait, plus faible durant les deux ou trois premiers jours, puis normale.

Dès la reprise du traitement, les troubles reparaissent.

Etant donné l'amélioration de l'état psychique, la posologie fut modifiée dans le sens d'une diminution. A ce moment certaines possibilités reprirent, mais instables et incomplètes.

Après l'arrêt total du traitement, la libido est devenue normale et stable.

Il ne nous est pas possible de dissocier l'action respective du Librium et du Marplan.

Orgasme incompletMadame C... Monique, vingt-neuf ans

Apparition d'un nervosisme progressivement aggravé; en relation avec un surmenage professionnel et familial. Depuis quelques semaines : angoisse, crises de larmes, nervosité intense; elle ne supporte plus ses enfants.

Un traitement est prescrit à base d'Iguanil et d'Amoquine dans la journée et de Médomine le soir au coucher.

La malade revue trois semaines après présente une récupération très satisfaisante sur le plan nerveux, mais mentionne en fin de consultation qu'une dizaine de jours après le début du traitement sont apparus des troubles sexuels. La libido reste strictement normale. Mais elle a observé, s'aggravant progressivement, une certaine difficulté à la jouissance au cours des rapports. Les premières manifestations sont bonnes mais l'orgasme lui-même et le relâchement avec détente euphorique n'existent pas. Elle ressent, au contraire, une augmentation transitoire de sa nervosité avec un peu d'agressivité.

CONCLUSION

1- L'hypogénésie ou l'agénésie considérées comme relativement rares au cours des traitements sédatifs se révèlent en réalité comme fréquentes lorsqu'on interroge soigneusement les malades en traitement.

Il est important d'aborder avec le malade de telles confidences et d'apprécier le rôle éventuel favorisant du terrain et également le retentissement psychologique que de tels troubles peuvent entraîner car c'est de cette appréciation que dépendra la poursuite ou non du traitement.

2- Il s'agit d'un trouble de la fonction sexuelle indépendante de la maladie, en cours et directement lié à la prise régulière des médications. On a pu observer que la gravité des troubles dépendait de la dose et de la médication employées, mais sans pouvoir établir une relation directe.

3- Cet état est transitoire, cédant plus ou moins rapidement après l'arrêt thérapeutique.

Parfois une baisse sensible du potentiel ou une difficulté d'érection a pu persister. Ces séquelles sont rares et semblent survenir chez les sujets âgés.

4- Il n'existe aucun correctif de ces états.

5- Des médicaments de formules chimiques très variées et d'action pharmacodynamique diverse peuvent provoquer ces troubles. Par ordre de fréquence on peut citer les neuroleptiques et les tranquillisants. Les thymoanaleptiques (type imipramine et inhibiteur de la MAO) les barbituriques et les anticomitiaux.

6- Sur le plan pathogénique : on peut penser tout au plus que ces médicaments auraient une action au niveau de l'axe hypothalamo hypophysaire.

Vu le 28/4/65

Le Doyen

Clermont-Fd, le 29/4/65

le 26/4/65

n° 27/65

R. CUVELIER

Vu et permis d'imprimer

le Président de th

Le Recteur

M. POROT

BIBLIOGRAPHIE

I - Expérimentation et physiologie

1- CIER : "Comportement sexuel du mâle"
Encyclopédie Médicochirurgicale, I3 603 A 50.

2- Courvoisier B. et R. Ducrot
"recherche des effets de la chlorpromazine sur la
sphère génitale et la croissance".
C.R. Soc. de Biol. (1954) n° 5/6, I48, p 462/6.

3- Deshales G., Mme Richardeau N. et
F. Deschosal. "chlorpromazine et réserpine en psychi-
trie". Ann. Med. psychol. (1957) I, p 417/476.

4- Flach F. et Regan
"the influence of chlorpromazine on pathologic emo-
tions and sexual unrest". J. Nerv. Ment. Dis. (1959)
I29, p 171/6.

5- Gillett E.
"les effets de la chlorpromazine et de la diéthyla-
mide de l'acide D lysergique sur le comportement se-
xuel du rat mâle". Proc. Soc. Exp. Biol. et Med.
(1960) 103, 2, p 392/4.

6- Khazan N., F.G. Sulman, H.Z. Winnick
"effets de la réserpine sur l'axe pituitaro-gonadi-
que". Proc. Soc. Exp. Biol. et Med. (1960), 103, 2,
p 467.

7- Mayer G., A.J. Thevenot, Deluc,
J.M. Meunier "action de la perphénazine chez la ratte
variations de l'état horm. all suivant les doses admin-
istrées". C.R. Soc. de Biol. 155, 1285-8, (1961)

8- Zimbardo P. et Barry H.
"effects of caffeine and chlorpromazine on the sexual
behavior of male rats". Science (1958), 127, p 84/6.

II - Etude psychiatrique

9- Freyhan F.A.

"loss of ejaculation during Mellaril treatment" Amer. J. Psych. (1961) 118, 2, p 171/2

10- Heller J.

"Another case of inhibition of ejaculation as a side effect of Mellaril". Amer. J. Psych. (1961) 118, 2, p 173

11- Nistri, P.L. de Luca

"A propos de l'inhibition de l'éjaculation pendant le traitement thioridazinique : son éventuelle valeur thérapeutique". Encéphale, Année 1964, Tome LIII n° 1bis Colloque sur les Neuroleptiques et leurs effets secondaires (Paris 16 novembre 1963).

12- Pommé B., Girard J. et Flanche R.

"troubles de la libido par chimiothérapie en pratique psychiatrique". Ann. Med. Psych. (1963), 1, 3, p 728.

Société Régionale de Neuro-psychiatrie et de Psych. clinique de Clermont Ed, Séance du 24/ 3/ 1963.

13- Pommé B., Girard J. et Mme Debost

"Influence des médications psychiatriques sur le comportement sexuel". A paraître en mémoire original in les Annales Médico-psychologiques.

14- Schnetzler, J.C. Lamand, Cassassuce

et Carrel

"effets des neuroleptiques en général et de la thioridazine en particulier sur la sexualité."

Encéphale (1964) Tome LIII n° 1bis (Colloque sur les Neuroleptiques).

15- Seuman G.

"Increased libido with chlorprothixene". Brit. Med. J. (1963) 5363, p 999/1000.

16- Sing A.

"A case of inhibition of ejaculation as a side effect of Mellaril". Amer. J. Psych. (1961) 117, 11, p 1041/2.

17- Witton K.

"Sexual dysfunction secondary to Mellaril". Dis. Nerv. Syst. (1962) 23, 3, p 175.

III - Les I.M.A.O. en cardiologie

18- Doumer, Mesmacques, Luez, Bonte

"Action de l'Iproniazide sur l'angine de poitrine. A propos de vingt-sept observations". Lille Médical 3^e série, (1960), Tome V, n^o 11.

19- A. Gerbeaux et J. Lenègre

"A propos de l'emploi de l'Iproniazide chez quarante-cinq patients". Extrait de la communication faite au Symposium de Lugano, 30-31 octobre 1959.

20- Holzman N.

"Marsilid en cardiologie". Act. Card. Intern. (1959) 8, n^o 2 p 127-132.

21- SCHERBEL A.I.

"the effect of Marsilid in patients having rheumatoid Arthritis ". J. of clin. and exp. psychopathology and quarterly Review of Psychiatry and Neurology (1958) 19, n^o 2, sup 1, 118- 122.

